

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 juillet 1900, à 9 heures

PAR

K. ZLATOFF

NÉ A ROUSTCHOUK (BULGARIE), LE 22 FÉVRIER 1874

ÉTUDE

SUR LA

FIÈVRE HERPÉTIQUE

A LOCALISATION CUTANÉE

Président : M. FOURNIER, Professeur.

RÉMY, Professeur.

Juges : MM. } DÉJERIM, Agrégé.

} GAUCHER, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 juillet 1900, à 9 heures

PAR

K. ZLATOFF

NÉ A ROUSTCHOUK (BULGARIE), LE 22 FÉVRIER 1874

ÉTUDE

SUR LA

FIÈVRE HERPÉTIQUE

A LOCALISATION CUTANÉE

Président : M. FOURNIER, Professeur.

RÉMY, Professeur.

Juges : MM.

DÉJERIM, Agrégé.

GAUCHER, Agrégé.

met touw aan den
bezorgen bij FLEI V
Jzn. te Rijnsburg.

To hun

Augustus: gemeenblij-
venblijvende Zit- en S-
metten stand aan de tr-
Ook biedt zich aan een.
tot verpleging van zij-
Brieven: Bur. v. d

Gertraagd: een

Huisnaak

bekend met maken v
en Kinderjurken.
Hoogewoerd 30.

seront faites sur les diverses parties
et médical

ES THÈSES

CINE DE PARIS
ENRY

OLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		{ HUTINEL.
		{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie, matières médicales.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULMÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
		{ BERGER.
		{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtamologique		PANAS.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements.		{ N.
		{ PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRRIER, chef	VARNIER.
CHARRIN.	HEIM.	des travaux anat-	WALTHER.
CHASSEVANT.	LEJARS.	miques.	WEISS.
DELBET.	LETULLE.	RETTERRER.	WIDAL.
		RICARD.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

La fièvre herpétique est une des maladies presque ignorée actuellement, faute d'indications spéciales et de différence d'opinions sur sa nature.

Nous voulons ici en préciser davantage le titre en la qualifiant de *fièvre herpétique à localisation cutanée*.

Pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Gaucher, nous avons eu l'occasion de voir, dans l'espace de quelques jours, deux malades atteints d'une affection assez spéciale dont le début et l'évolution ont été dans les deux cas tout à fait identiques.

Le cas nous paraissait très intéressant quand M. Gaucher nous donna le conseil de faire notre thèse inaugurale sur la fièvre herpétique.

Les recherches que nous avons faites ne nous ont

donné que peu de choses sur ce sujet; aussi nous adressons-nous à l'indulgence et à la bienveillance de nos juges, pour le modeste travail que nous leur présentons, et notre tâche est d'autant plus grande que nous avons voulu séparer une affection confondue jusqu'à présent avec l'embarras gastrique ou avec d'autres fièvres de nature indéterminée et lui tracer, autant que nous avons pu, pour le moment, ses principaux caractères.

Nous avouons que le travail que nous présentons est incomplet, car le temps nous a manqué pour approfondir davantage la question, beaucoup de points restant encore obscurs; néanmoins, nous croyons que la maladie est suffisamment exposée pour que l'on puisse la reconnaître aisément.

Nous présentons dans ce travail les caractères de la fièvre herpétique qui nous semblent principaux, et, pour finir, nous relatons un certain nombre d'observations parmi lesquelles quelques-unes sont empruntées et d'autres nous sont personnelles.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier ici nos maîtres qui nous ont si bien enseigné la médecine, pendant la durée de nos études, tant aux cours de la Faculté qu'à l'hôpital.

Nous nous faisons un plaisir particulier de remercier notre maître, M. Gaucher, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, sous l'inspiration et les conseils duquel nous avons entrepris ce modeste travail.

Nous présentons nos hommages très respectueux à M. le professeur Fournier, et nous le remercions beaucoup pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Le mot herpès (de ἑρπης, ἑρπεῖν ramper, ou s'étendre en rampant) a beaucoup varié suivant les époques et suivant les auteurs, et ce terme a servi pour désigner plusieurs affections cutanées différant complètement de celles que l'on connaît aujourd'hui sous ce nom, c'est pourquoi nous n'insistons pas sur les définitions des auteurs grecs et romains et sur celles du moyen âge.

Parmi les dermatologistes du xviii^e siècle, Lorry est le seul dont la description de l'herpès se rapproche un peu des opinions contemporaines; Sauvage, sous la dénomination d'herpès, désigne certaines variétés d'eczéma, et Plenck, sous ce nom, confond la plupart des maladies qui, cependant, diffèrent très sensiblement de l'herpès, comme : l'eczéma, l'impétigo, le prurigo, l'acné, même le lupus.

Willan est le premier qui donne un sens précis au mot herpès, et Bateman, son disciple, en donne le premier la définition. Alibert le décrit comme une espèce de dartre, dartre phlycténoïde, il en reconnaît deux variétés : dartre phlycténoïde confluyente et dartre phlycténoïde en zone.

Royer, dans sa définition, prétend que l'herpès n'est pas contagieux. Gibert, à l'exemple de Bazin, admet la nature parasitaire et tricophytique de l'herpès circiné, cependant il admet l'existence d'un herpès circiné non parasitaire.

Devergie donne une description de l'herpès pleine de contradictions.

Bazin définit l'herpès à l'exemple de Willan, Bateman et Royer. Sa classification comprend deux catégories : 1^o Les herpès de causes externes et 2^o les herpès de causes internes.

Guibout propose une classification étiologique, il admet un herpès de cause externe, étant le résultat d'une irritation locale quelconque ; et un herpès idiopathique de cause interne, pseudo-exanthématique ou fièvre herpétique.

Parrot reprend la question et démontre, qu'en dehors des herpès symptomatiques, il existe une fièvre herpétique dont l'embarras gastrique doit être mis hors de cause, et qui a tous les caractères d'une fièvre éruptive, excepté la non contagion et la non transmissibilité.

Hébra, dans la définition qu'il donne de l'herpès,

remarque que l'éruption n'est jamais disséminée sur des surfaces considérables de la peau, mais toujours limitée à certaines régions définies. Le même auteur rejette l'existence de l'herpès phlycténoïde dont il fait un zona partiel, survenant principalement sur les membres. Les mêmes doctrines sont suivies par Neumann, élève d'Hébra. Kaposi classe l'herpès parmi les phlycténos.

Il faut venir jusqu'à Erasmus Wilson pour être renseigné sur l'origine nerveuse de l'herpès. Tibury Fox donne une définition qui ne diffère point des auteurs précédents.

Duhring établit trois divisions d'herpès : h. fébrile, h. zoster ou zona et h. iris.

Pour M. Hardy, l'herpès simple, qui est cependant le type de la maladie, n'existe pas et n'est qu'une abstraction.

REVUE GÉNÉRALE DES HERPÈS FÉBRILES SYMPTOMATIQUES

L'herpès n'est pas rare dans un certain nombre de maladies fébriles infectieuses ; il apparaît, soit au début, soit pendant ou à la fin de la maladie. Sa présence n'a le plus souvent aucune influence sur la marche et la résolution de la maladie ; cependant, dans certains cas, c'est un symptôme de bon augure, annonçant une marche bénigne ou une fin prochaine.

L'apparition d'une éruption d'herpès, dans l'embarras gastrique, a fait croire, à quelques auteurs, à l'identité de cette maladie avec la fièvre herpétique, mais MM. Guintrac, Parrot, Hillairet et Gaucher, dont nous partageons les idées, distinguent l'herpès symptomatique, dans l'embarras gastrique, de l'herpès dans la fièvre herpétique, dont les symptômes d'embarras gastrique sont à peine marqués. Les caractères

de ces deux éruptions diffèrent l'un de l'autre. Dans l'embarras gastrique l'herpès est paramuqueux et dans la fièvre herpétique (herpès phlycténoïde) il est cutané disséminé.

Ces deux symptômes sont suffisants pour reconnaître l'herpès symptomatique de l'herpès dans la fièvre herpétique, mais cette dernière maladie, afin de la distinguer tout à fait des autres dont la localisation de l'éruption est principalement sur les muqueuses (angine herpétique), nous l'appellerons : fièvre herpétique à localisation cutanée.

Dans la pneumonie, l'herpès est encore très fréquent, mais, chose remarquable, sa fréquence est variable suivant les pays et dépend vraisemblablement des conditions climatériques. L'apparition de l'herpès dans la pneumonie est attendue avec impatience, car sa présence est d'un pronostic favorable et son absence est d'un pronostic grave. D'après M. Gaucher la différence de mortalité dans les deux cas est dans la proportion de 1 à 3.

L'herpès de la méningite cérébro-spinale infectieuse peut occuper toutes les parties de la face mais ne modifie nullement le pronostic de la maladie. Chose curieuse, la fréquence de l'herpès dans la fièvre typhoïde est différente suivant les pays ; ainsi, en France, sa présence est rare, en Allemagne il paraît être plus fréquent ; à Vienne, d'après Hébra, on l'observe communément, mais il n'a aucune influence sur la

mortalité. La cause de la fréquence de l'herpès dans les différents pays est inconnue, mais elle peut dépendre des conditions climatiques et du tempérament particulier, propre à chaque nation.

A côté des herpès fébriles symptomatiques susmentionnés, il existe des herpès localisés sur les muqueuses, s'accompagnant de phénomènes généraux plus ou moins graves et donnant des maladies tout à fait distinctes (comme l'angine herpétique que nous ne faisons que mentionner, ainsi que la stomatite aphteuse, maladies ne faisant pas partie du sujet qui nous intéresse), et une maladie qui a tout à fait les caractères d'une fièvre éruptive infectieuse, et dont la localisation de l'herpès est cutanée. Nous l'appelons « la fièvre herpétique » à localisation cutanée.

DÉFINITION

La fièvre herpétique, à localisation cutanée, se présente comme une maladie éruptive bénigne, non contagieuse, précédée de phénomènes généraux, survenant dans les maladies infectieuses graves, sans embarras gastrique ou à peine marqué, suivis d'une éruption herpétique plus ou moins généralisée, qui est le symptôme patognomonique de la maladie. La localisation de l'éruption est sur la peau accompagnée parfois d'un petit nombre de vésicules d'herpès sur les muqueuses.

SYMPTOMATOLOGIE

La fièvre herpétique à localisation cutanée a des phases assez bien distinctes, dans son évolution, pour que nous puissions lui décrire trois périodes : 1^o Période d'invasion (prodromique); 2^o période d'éruption, et 3^o période de desquamation.

PREMIÈRE PÉRIODE (d'invasion)

Des observations que nous possédons, nous voyons que dans la majorité des cas le début de la fièvre herpétique est brusque ; au milieu d'une santé parfaite, des frissons surviennent, la fièvre se déclare, suivie de courbatures, de céphalalgie, le plus souvent très intense, quelquefois de vertiges, dans certains cas d'épistaxis et de nausées ; mais l'embarras gastrique n'est pas marqué ou, s'il en existe, il est très léger. Rien d'anormal à la poitrine.

Dans d'autres cas plus rares, la maladie débute insidieusement avec un malaise général, peu marqué, augmentant graduellement comme nous le montrent les observations apportées par M. Reillet (Obs. II) ; la céphalalgie suit de très près avec tous les autres symptômes susmentionnés. Cette période pourra durer de quelques heures à 8 ou 10 jours avant que d'autres symptômes

se déclarent, venant éclairer le médecin sur la nature de la maladie.

Le début silencieux et les autres symptômes qui suivent font croire au médecin qu'il se trouve en présence de la fièvre typhoïde, celle-ci ayant beaucoup de caractères communs avec la fièvre herpétique.

Dans d'autres cas, la fièvre monte très vite et atteint 40°, le délire ou la somnolence survient, la céphalalgie est très forte, les sueurs sont abondantes, les urines sont rares et chargées, contenant quelquefois de l'albumine. Le pouls atteint 140° par minute chez l'enfant, et quelquefois il est irrégulier.

Dans l'observation que MM. Hillairet et Gaucher ont rapportée, ils insistent sur ce fait que l'embarras gastrique n'est pas marqué et nos observations personnelles viennent le confirmer.

DEUXIÈME PÉRIODE (d'éruption)

Ordinairement l'intervalle qui sépare la période d'invasion de la période d'éruption est de quelques heures, mais cet intervalle peut se prolonger de beaucoup et des vésicules se montrent sur la surface du corps.

Nous voyons, par l'observation que M. de Savignac a publiée en 1855, que les symptômes généraux ont persisté pendant dix jours, le malade a été simultanément dans le délire et dans la somnolence, symptômes accompagnés de fièvre, de céphalalgie, etc., qui ont fait croire à M. de Savignac qu'on se trouve en présence d'une méningite ou d'une encéphalite comme on en voit quelquefois chez des typhiques.

Quoique le délire ne fût pas fort, il n'en est pas moins vrai, comme M. de Savignac le dit lui-même, qu'on était dans l'incertitude pour la vie du malade pendant dix jours, lorsqu'une éruption herpétique sur-

vint et un mieux général se fit sentir. Dès ce moment, le malade va de mieux en mieux, se guérit, n'ayant aucune trace de la maladie qui a menacé sa vie, à deux reprises, dans l'intervalle de deux années.

La description de l'herpès que nous donnerions ne différant pas de beaucoup de celle de Bateman, devenue classique, nous la citons comme il suit : « Cette variété d'herpès, dit-il en parlant de l'herpès phlycténoïde, est ordinairement précédée, pendant deux ou trois jours, d'une fièvre légère. Des vésicules petites, transparentes, remplies quelquefois d'une lymphé sans couleur, et parfois brunes, s'élèvent et forment, en se réunissant, des pelotons irréguliers et une nouvelle éruption se manifeste d'une manière successive près des anciennes vésicules. Le siège de l'éruption n'est pas bien déterminé, quelquefois il affecte, dès le principe, les joues et le front ; dans d'autres cas, l'éruption se répand sur une des extrémités ; parfois elle se manifeste d'abord sur le cou, la poitrine, s'étendant successivement sur le tronc et jusque sur les extrémités inférieures, de nouvelles vésicules se développent dans l'espace d'une semaine. Cette éruption est composée de vésicules très petites ou miliaires et elle se répand sur différentes parties du corps. Ces vésicules acquièrent, à l'époque de leur maturité, des dimensions assez considérables et prennent une forme ovale ; elles se réunissent rarement ensemble de manière à former plus de deux ou trois pelotons. La lymphé contenue

dans ces vésicules devient laiteuse et s'épaissit quelquefois dans l'espace de dix ou douze heures ; l'inflammation se propage et la couleur rouge devient presque livide vers le quatrième jour. Les vésicules s'ouvrent dans ce moment et elles donnent issue au liquide qu'elles contiennent ou bien elles commencent à se dessécher et à s'aplatir à leur place. Elles se détachent le huitième ou le dixième jour et laissent à nu le tissu de la peau qui est dans cette partie rouge et très sensible, et parvient lentement à l'état de santé. Comme les éruptions successives de vésicules suivent une marche semblable, les différents phénomènes de cette maladie ne cessent de se développer qu'après le treizième ou le quatorzième jour.

L'éruption est précédée d'une sensation désagréable, soit sur la figure, soit ailleurs, des picotements surviennent, la peau rougit, des démangeaisons apparaissent quelquefois très fortes, plus rarement douloureuses. La peau se tuméfie par places, des soulèvements épidermiques vésiculeux apparaissent par groupes et alors l'éruption est constituée. Les vésicules sont distinctes dans chaque groupe, quel que soit leur nombre, elles sont agglomérées mais jamais confluentes comme dans l'eczéma. Elles forment des plaques d'une étendue d'une pièce de 50 centimes à 1 franc.

L'évolution de ces vésicules est remarquablement rapide, souvent quelques heures suffisent pour la trans-

formation de leur contenu en un liquide purulent et leur disparition presque totale par ulcération de leur paroi.

L'étendue de l'éruption est dans certains cas limitée sur une partie du corps par quelques groupes, mais quelquefois elle est tellement considérable que presque tout le corps en est envahi. Les observations rapportées par M. Coutagne, dans sa thèse de Lyon, en font foi et nous sommes de son avis en considérant ses malades atteints d'une fièvre, qu'il appelle « pseudo-exanthématique », et que nous appelons fièvre herpétique à localisation de prédominance cutanée ».

Cette localisation se trouve le plus souvent sur la figure, autour du cou, sur la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs, la verge, les grandes lèvres, etc.; mais cette éruption pourra très bien être accompagnée des vésicules herpétiques localisées en beaucoup plus petit nombre sur les muqueuses; dans la bouche, par exemple, les bords des paupières, le prépuce, etc. Cette coïncidence ou cette similitude ne saurait expliquer, par quelques vésicules sur les muqueuses, les symptômes graves et le cours de la maladie, car on négligerait complètement le plus grand nombre d'herpès dont les vésicules se trouvent non sur les muqueuses, mais sur la peau. Et encore accepterait-on cette explication, comment la concilier avec l'idée que la même maladie est suivie quelquefois d'une éruption herpétique localisée exclusivement sur la peau, comme

nous le montrent les observations rapportées par M. Hillairet et Gaucher et les nôtres,

Un fait qui ne doit pas être négligé, venant à l'appui de notre thèse qui a été marqué dans toutes les observations que nous possédons et qui se voit dans beaucoup de maladies éruptives infectieuses est le suivant : Les symptômes généraux, quels qu'ils soient, diminuent et disparaissent vite après l'éruption. Ce fait a été marqué par Bateman dans sa description de l'herpès phlycténoïde : « L'éruption, dit-il, ne se dissipe point sur le champ de dérangement qui survient dans la constitution ; mais ce changement diminue pendant que l'éruption fait des progrès ».

Les symptômes généraux ne se reproduisent pas en général ou tout au moins ils sont beaucoup moins forts lors d'une nouvelle poussée éruptive.

Le délire, la torpeur, la somnolence, l'insomnie et tous les autres troubles cérébraux qui ont été observés chez des malades par M. de Savignac ne nous surprennent nullement, car tous ces symptômes se voient quelquefois dans toutes les maladies éruptives infectieuses et nous serions vraiment en peine de nous les expliquer par d'autres causes que celles produites par la fièvre herpétique.

Quoi de plus probant à ce que nous venons de dire que de voir toutes ces manifestations disparaître dès l'apparition de l'éruption et le malade guérit peu après.

Dans l'observation de M. de Savignac et dans d'au-

tres, les malades ont eu au début une légère angine qui a cédé, du reste, assez facilement au traitement, mais les troubles généraux ont persisté.

Nous ne pourrions admettre que ceux-ci ont été occasionnés par l'angine puisqu'ils ont cédé dès l'apparition de l'éruption sur les autres parties du corps.

Quelques auteurs font une réserve relativement à l'éruption dans la fièvre herpétique et prétendent que c'est un herpès symptomatique à embarras gastrique.

L'herpès dans l'embarras gastrique est paramuqueux, tandis que dans la fièvre herpétique il est cutané.

On pourrait hésiter quelquefois dans des cas légers où les symptômes d'embarras gastrique suffiraient pour expliquer ces troubles et lorsque l'éruption est limitée par quelques vésicules herpétiques sur les lèvres ; mais, dans les cas rapportés par M. Coutagne dans sa thèse, peut-on les expliquer de la même manière ? — Il nous paraît bien difficile d'admettre que l'embarras gastrique soit la cause d'un herpès généralisé sur tout le corps, lorsqu'il est précédé de symptômes généraux et cérébraux cédant dès l'apparition des vésicules. Et les observations que nous rapportons ainsi que celles de MM. Hillairet, Gaucher et Cartaz ne nous montrent-elles pas que l'embarras gastrique n'est pas du tout marqué ? — Nous ne pouvons cependant pas admettre dans ces cas qu'un embarras gastrique, si léger qu'il soit, ne se manifeste par aucun symptôme appréciable.

Parrot a cherché d'expliquer, à juste raison selon

nous, que les vomissements, l'inappétence, la diarrhée, etc., ne sont pas toujours l'indice d'une lésion de l'estomac; comme le délire, l'insomnie, la somnolence et la céphalalgie ne sont pas toujours l'indice d'une méningite ou d'une encéphalite. Ce ne sont que des troubles passagers.

La durée de la maladie est en général de 8 à 15 jours, mais elle pourra se prolonger au delà d'un mois et paraître dans l'ensemble comme une maladie chronique, grâce à l'apparition d'autres groupes vésiculeux se succédant à quelques jours de distance (ordinairement de 6 à 8).

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous ne pouvons faire mieux que de citer ci-après l'observation rapportée, avec les réflexions qui s'y rattachent, par un élève de Guinrac : « Je signalerai, dit-il, un cas d'herpès phlycténoïde comme assez remarquable en ce que, datant d'un temps assez long, il résiste au traitement depuis plus d'un mois que le malade est à l'hôpital. L'herpès offre en général le caractère d'acuité; mais dans le cas que je cite la persistance du mal lui mérite le nom de chronique. Cependant, comme les nombreuses vésicules qui surgissent successivement sur différentes parties du corps, suivent une marche assez constante qui les conduit vers la guérison, en même temps que d'autres nouvelles leur succèdent pour parcourir également leurs diverses périodes, M. Guinrac nous a fait observer que la maladie consi-

dérée dans son ensemble était bien chronique, mais qu'on pouvait regarder chaque éruption partielle comme suivant une marche aiguë. »

TROISIÈME PÉRIODE (Desquamation)

Les vésicules d'herpès, une fois formées, atteignent quelquefois le volume d'un pois. Le contenu, citrin et limpide au début, se trouble en quelques heures, et en 6 ou 15 heures, le contenu devient complètement purulent. Les plaques érythémateuses sur lesquelles sont situées les vésicules changent de couleur et prennent une teinte violacée. Bientôt les minces parois se rompent d'elles-mêmes ou se déchirent, sous l'influence de frottements extérieurs. Plus rarement, le contenu, absorbé en partie, se concrète, s'épaissit, et les vésicules sont couvertes de petites croûtes purfuracées jaunâtres, plus souvent brunâtres, auxquelles la faible quantité de liquide contenu donne un caractère de sécheresse presque absolu. Ces croûtes, par leur chute accidentelle, peuvent découvrir un derme superficiellement ulcéré; mais le plus souvent, lorsqu'elles se détachent,

on trouve au-dessus d'elles un épiderme déjà reproduit, et la peau ne conserve comme trace de la maladie qu'une rougeur, dissipée au bout de quelques jours, sans cicatrice.

La variété à laquelle appartiennent les vésicules herpétiques, dans le cas présent, est naturellement celle que la plupart des dermatologistes appellent *herpès phlycténoïde*.

De la description des trois périodes de la fièvre herpétique à localisation cutanée, on voit que cette maladie, dans son évolution, ressemble beaucoup aux maladies éruptives infectieuses, et, par conséquent, doit être regardée comme telle.

En effet, dans la première période, le début est brusque et le cortège de symptômes généraux prodromiques est au complet; dans la seconde période, l'apparition des vésicules herpétiques suffit pour faire disparaître, en peu de temps, les phénomènes généraux. L'éruption dure un temps déterminé, 15 jours au plus; la maladie suit son cours, et la troisième période commence lors de la desquamation. La guérison devient complète lorsque les vésicules herpétiques disparaissent.

ETIOLOGIE

Nous ne savons pas au juste dans quelles conditions la maladie se déclare, mais elle est plus fréquente au printemps et en automne qu'en été et en hiver.

Certains malades attribuent la maladie à un chaud et froid, d'autres à une fatigue, etc.; mais sans nier les autres causes occasionnelles, le refroidissement doit être regardé comme cause principale.

Les deux sexes y sont susceptibles à peu près dans la même proportion, et aucun âge n'est à l'abri de la fièvre herpétique, car on possède des observations d'enfants très jeunes, et même de vieillards. Toutefois, les enfants et les adolescents y sont plus sujets; les adultes le sont assez fréquemment.

La pathogénie de la fièvre herpétique est très probablement une affection microbienne et infectieuse;

cependant, de nombreuses recherches sont encore à faire.

La non transmissibilité et les récides de la maladie ne sont pas pour prouver son origine microbienne. Des inoculations ont été pratiquées par Evans, Husson, etc., à plusieurs reprises avec de la sérosité provenant de vésicules herpétiques ou de bulles de pemphigus, sans donner de résultats positifs. Mais le rhumatisme articulaire aigu n'est-il pas regardé comme une maladie infectieuse, et cependant sa contagion est loin d'être prouvée.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

De la description qui précède, le caractère et les symptômes de la fièvre herpétique sont suffisamment exposés pour qu'on ne puisse la confondre avec d'autres maladies plus ou moins ressemblantes.

Ce qui caractérise cette maladie, comme on le voit dans la description, c'est qu'elle présente les phénomènes généraux ressemblant à une grave maladie, elle se borne à une éruption herpétique cutanée sans aucune autre complication, et vainement cherche-t-on d'autres causes pour expliquer les troubles on ne trouve absolument rien.

Quoique la fièvre herpétique peut parfois être facilement reconnue, nous avouons que, dans certains cas, nous nous trouvons en présence de réelles difficultés au début pour faire le diagnostic ; mais une fois l'éruption apparue, il devient d'une très grande facilité.

Aucune difficulté n'est à craindre pour faire le diagnostic entre la fièvre herpétique et la varicelle. L'herpès cutané disséminé, qui est le propre de la fièvre herpétique, est groupé par plaques, tandis que l'éruption de la varicelle est généralisée et les vésicules sont isolées.

On ne peut pas confondre la fièvre herpétique avec le pemphigus aigu, dont la lésion élémentaire est une bulle toujours plus volumineuse que la vésicule de l'herpès. De plus, les bulles du pemphigus sont isolées et distinctes.

L'éruption de la gale est polymorphe, non exclusivement vésiculeuse, et ne peut donner lieu à aucune erreur de diagnostic.

Avant l'éruption, la fièvre herpétique peut être confondue avec plusieurs maladies, notamment avec la fièvre typhoïde; le diagnostic est souvent incertain. L'éruption seule vient démontrer la nature de la maladie.

Il faut aussi se méfier des localisations particulières de l'herpès; parfois, l'herpès siège seulement aux organes génitaux, surtout chez la femme; si l'on n'est pas prévenu de cette particularité, en présence d'une fièvre de nature indéterminée; quand on n'a pas recherché les vésicules aux organes génitaux, on est exposé à commettre de graves erreurs de diagnostic.

L'érysipèle vésiculeux ou bulleux présente aussi des caractères bien différents de l'herpès : ce sont des pla-

ques rouges, saillantes, douloureuses, limitées par un bourrelet circonférentiel. L'éruption est accompagnée d'engorgement ganglionnaire et la réaction fébrile est beaucoup plus vive.

Remarquons pour finir avec le diagnostic que, lorsqu'une éruption abondante d'herpès se trouve sur la face et que les vésicules sont desséchées, la croûte ressemble beaucoup à l'impétigo ; mais le début et la marche feront reconnaître aisément la maladie.

Aucune complication n'est à craindre dans la fièvre herpétique et le malade guérit toujours plus ou moins vite.

Dès le début de la maladie, on donnera un purgatif comme antiseptique intestinal, réagira contre la fièvre en administrant du sulfate de quinine.

Le traitement local consistera dans l'application de poudres inertes sur les vésicules, et quand les croûtes se formeront on appliquera une pommade d'oxyde de zinc boriquée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (de M. Delieux de Savignac, 1855).

M. D..., âgé de 24 ans, d'un tempérament nerveux, sanguin, très développé à la suite de travaux excessifs de cabinet. Après des veilles prolongées entretenues par des doses abusives de café, ressent pendant quelques jours de la céphalalgie, du malaise ; puis une angine tonsillaire avec fièvre se déclare un matin. M. D..., tout en les modérant, continue ses travaux pendant la journée ; l'angine n'a rien de sérieux, mais la fièvre et la céphalalgie augmentent, et le soir le malade est forcé de s'aliter. Au commencement de la nuit, après un sommeil pénible, il se lève brusquement, poursuivi par des hallucinations étranges, appelle à son secours des aides et leur donne le tableau d'un délire pendant lequel il éprouve la velléité de se précipiter par la

fenêtre de sa chambre. C'est le début, parfaitement dessiné, d'une méningite ou d'une encéphalite aiguë, avec réaction franchement inflammatoire. Une large saignée du bras enraye les premiers accidents; le reste de la nuit se passe avec calme. Les idées délirantes se dissipent et ne reviennent plus, mais la fièvre et un certain degré de céphalalgie persistent.

Le surlendemain, une rougeur érysipélateuse avec tension et turgescence des téguments envahit tout un côté de la face et une partie de l'autre; bientôt un herpès phlycténoïde se manifeste, se développe rapidement, couvre les lèvres, les joues, les paupières et dès lors tous les symptômes cérébraux s'amendent, disparaissent sans retour; l'herpès suit une évolution régulière, guérit sans laisser aucune trace, et en peu de temps le malade a recouvré l'intégrité de sa santé.

Deux ans après, M. D..., qui avait continué à se bien porter et avait mis plus de modération dans ses études, est pris brusquement, le lendemain d'un bal où il s'était un peu fatigué, d'une angine tonsillaire assez intense, avec fièvre, céphalalgie gravidie, accablement. L'angine cède assez promptement à une application de sangsues au cou. Bientôt des symptômes cérébraux se développent, sinon avec la même activité que dans la précédente attaque, du moins avec l'apparence d'un danger plus sérieux et pouvant se résumer ainsi : délire tranquille passager, somnolence, stupeur, alternant avec de la jactitation; le malade

cherche souvent à sortir de son lit, et lorsque, trompant la vigilance de ses gardiens, il y réussit, il est pris de vertiges et de tipophymies ; le pouls est toujours lent, serré ; nausées fréquentes ; constipation.

Pendant une dizaine de jours l'état du malade inspire des inquiétudes et ne présente aucun amendement notable.

Ici encore on a affaire à une méningite, mais à forme insidieuse et qui a plus d'un point de contact avec la méningite typhoïde.

Tout à coup un herpès phlycténoïde se déclare, couvre une grande étendue de la face et, à partir de ce moment, une amélioration notable et décisive s'établit, la convalescence est un peu lente, mais enfin la guérison est radicale.

OBSERVATION II (F. Reillet, *ic. comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon*, t. VII, 1867-68, p. 85.)

Auguste Colomb, 18 ans, né à Saint-Geoire (Isère), ébéniste. Tempérament lymphatique sanguin, teint brun clair. Pas de rhumatisme. Absence de varices et d'hémorroïdes.

Rien du côté des parents à noter.

Le 8 août 1866, le malade travaillait à Voiron depuis 8 jours seulement, quand il vit survenir une éruption

toute pareille à celle qui vient de se produire. Elle débuta par quelques plaques de l'étendue d'une lentille, apparues en même temps aux membres et à la bouche.

Au 15 août, 8 jours après, l'éruption était plus confluente. Elle occupait les membres inférieurs dans toute leur étendue, les mains et les avant-bras, la face, la bouche, les lèvres, la verge, le gland, le prépuce. Ces plaques avaient pendant ce temps gagné en étendue, le plus grand nombre avait la largeur d'une pièce de 50 centimes, quelques-unes d'une pièce de 1 franc. A ce moment le malade avait de la fièvre, il était brisé ; il ne put continuer son travail et s'en alla dans sa famille à Saint-Geoire. Le médecin appelé près de lui ne vit là qu'un refroidissement, laissa aller la maladie qui s'éteignit d'elle-même trois semaines après ses débuts. La fièvre avait duré huit à dix jours. Depuis ce temps, la santé d'Auguste Colomb avait été bonne, aucune maladie pendant l'année. Il habitait Lyon depuis huit mois.

Le dimanche 19 mai 1867, ce jeune homme qui n'avait pas fait excès les jours précédents, se sentait fatigué, en proie à un malaise général ; il avait de la courbature, un peu de fièvre. Une éruption commençait dès le soir à se montrer ; très discrète à ses débuts, elle apparaissait d'abord par petites plaques, aux avant-bras, à la figure. Les jours suivants elle se développait.

Le 26, elle était complète.

Le 27, le malade alla consulter le Dr Rodex qui pres-

crivit des bains, des gargarismes, émollients, des boissons acidulées et conseilla l'entrée à l'Antiquaille.

Le 28, admission à l'hospice de l'Antiquaille, salle Saint-Augustin, n^o 13 (service de M. Gailleton).

Voici les phénomènes qu'il présentait à son entrée : faiblesse générale, malaise, sentiment de lassitude, de fatigue, d'accablement, la peau est chaude, le pouls accéléré, à 92 puls. L'état local est constitué par une éruption qui se montre aux deux membres inférieurs dans toute leur étendue, mais est plus confluyente aux jambes ; qui se montre aux mains, aux avant-bras, à l'oreille gauche, à la face, aux lèvres, à la bouche tout entière, jusqu'au fond du pharynx. La langue, elle-même, en est le siège, aussi bien sur sa face supérieure que sur ses côtés et sa face inférieure. L'éruption herpétique a également envahi les bourses, la verge, le gland, le prépuce.

Elle est formée de plaques nummulaires, remarquables par leur régularité d'un rouge framboisé vers le rebord, légèrement en relief sur la peau environnante, d'un rouge plus pâle au centre ; ces plaques ont, en général, l'étendue d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc. Quelques-unes sont plus larges, mais toujours très régulières. En somme, à un examen superficiel, l'affection simule assez exactement une éruption de larges papules syphilitiques, et très facilement on eût pris pour des plaques muqueuses l'éruption herpétique de la bouche, et des lèvres, du gland et du pré-

puce. Les commémoratifs et un examen plus complet éloignent vite cette idée.

M. Gailleton constata, en effet, que le centre de ces plaques comprend une foule de petites vésicules qui en se réunissant ont formé des ampoules, des petites phlyctènes contenant un liquide citrin, résorbé déjà dans plusieurs de ces bulles, mais persistant dans quelques autres, d'où il s'échappe à la piqure d'une épingle. En dehors de l'ampoule centrale, et plus rapproché du rebord saillant existe comme un anneau de vésicules indépendantes. Cette disposition, primitivement vésiculaire au centre, n'est point pourtant également facile à constater. Très sensible sur plusieurs plaques des membres, elle est surtout visible au gland où l'épiderme s'étant laissé plus facilement enlever, les vésicules sont restées isolées, indépendantes, simplement juxtaposées.

A la bouche, à la langue, aux lèvres l'épiderme a disparu par larges places. La surface mise à nu est rouge, saignante, une tuméfaction générale des parois buccales, la déglutition est difficile, la mastication impossible.

M. Gailleton prescrit : infusion de tilleul et fleurs d'oranger ; gargarisme émollient ; gargarisme avec chlorate de potasse 2 grammes ; laudanum 10 gouttes et eau 100 grammes en collutoire avec miel 15 grammes, borax 2 grammes.

Le 30 mai, la fièvre continue, la peau est toujours chaude, la tuméfaction de la bouche est un peu

moins considérable, l'haleine moins fétide. Le liquide contenu dans les ampoules s'est résorbé dans la plupart d'entre elles. A leur centre, l'épiderme s'affaisse, se plisse, se ratatine de plus en plus. A mesure que la maladie avance, l'épiderme s'exfolie, se recouvre bientôt d'une nouvelle couche épithéliale.

La fièvre cesse vers le sixième jour, après l'entrée du malade à l'Antiquaille. La durée totale a donc été de 10 à 15 jours. Le 5 juin, l'expoliation s'est faite à peu près sur toutes les plaques des membres. A peine en est-il quelques-unes qui soient encore recouvertes d'un épiderme desséché. Les plaques des bourses sont dans le même état. Restent encore celles de la bouche, des lèvres, de la langue, du prépus, dont la ressemblance avec les plaques muqueuses est de plus en plus parfaite, de plus en plus prononcée; toutefois, on remarque chez quelques-unes une tendance à bourgeonner, à devenir saillantes.

Le 12 juin, le malade se trouve très bien; les forces, l'appétit sont tout à fait revenus. La trace de l'éruption des membres n'est point tout à fait effacée. Sur le bord de chaque groupe vésiculaire existe un liseré épidermique. Aux lèvres et au gland, deux ou trois points où la cicatrisation ne s'est pas encore produite sont toujours saillants et bourgeonnants.

OBSERVATION IV. (Rapportée par M. Parrot).

Antoinette C....., âgée de 9 ans, est admise à l'hospice des Enfants assistés, le 10 août 1868. Le 9, elle avait été prise de fièvre avec vomissement bilieux. Sur la lèvre supérieure, on aperçoit quelques petites vésicules d'un rouge vif. Rien à l'examen de la gorge et du thorax. Pouls, 128°; température axillaire, 40°5. — Potion vomitive.

Le 11, de nombreuses plaques d'herpès couvrent la lèvre supérieure et la narine droite. Pouls, 124°; t. a., 39°4.

Le 12, on observe parfois du délire d'action, bien que la malade soit habituellement dans un état somnolent. P., 112; t., 40°2.

Le 13, p., 115; t., 38°3.

Le 14, p., 88; t., 37°2.

Le 17, l'appétit est bon. Pouls, 64°; t., 37°.

OBSERVATION V. (Rapportée par M. Parrot).

Garbil V....., né le 5 août 1861, est admis à l'infirmerie le 9 juin 1869. Il se plaint de céphalalgie et de vertiges; la face est très altérée, la peau chaude, il a des vomissements.

Le 11, l'état est à peu près le même. On constate sur l'aile gauche du nez une large plaque d'herpès; il

en existe une semblable sur la lèvre supérieure. Aucun trouble du côté des organes respiratoires. Pouls, 120°; température rectale, 40°3.

Le 12, temp. rect., 38°3.

Le 14, pouls, 72°.

Le 15, pouls, 54°.

Le 21, l'enfant, complètement guéri, quitte la salle.

OBSERVATION VI. (Rapportée par M. Parrot).

G. C..., âgé de 10 ans, a eu pendant 1869 un eczéma à la région supérieure du tronc, qui a guéri rapidement.

Le 4 décembre 1869, il éprouve un malaise général et une céphalalgie intense. Le lendemain on constate de la fièvre.

Le 6, des vomissements, pendant la nuit. La face est animée, la peau très chaude, 140 pulsations; la langue est blanche, la céphalalgie vive. Rien à la poitrine. — Vomitif.

Le 7, il y a eu des évacuations bilieuses abondantes; la nuit a été agitée, la céphalalgie persiste; 128 pulsations.

On voit sur la lèvre inférieure plusieurs plaques d'herpès.

Le 8, la chaleur est moins vive et le pouls moins fréquent. — 30 centigrammes de sulfate de quinine, en deux prises.

Le 9, 92 p.; 15 grammes d'huile de ricin.

Le 10, dans la soirée, mouvement fébrile avec quelques plaques d'urticaire.

Le 11, l'éruption ortiée, qui avait disparu très rapidement, se reproduit; 120 pulsations.

Le 13, 92 pulsations. La peau est fraîche et l'appétit bon.

Le 15, l'état excellent, l'herpès labial est guéri.

OBSERVATION VII (Communiquée dans les hôpitaux par
A. Cartaz, 1871.)

Auguste Bourget, né a Sourrac (Corrèze), demeurant à Lyon, journalier, âgé de 25 ans, entre le 19 mars 1871, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Charles, n° 48 (service de M. Perroud).

Jamais de rhumatisme, s'enrhumé assez facilement. Il était en bonne santé, lorsqu'il y a deux jours, étant à son travail comme d'habitude, il fut pris de mal de tête, de frissons qui s'accompagnaient de points douloureux dans la paroi thoracique. Actuellement toux presque nulle; crachats muqueux; persistance du même point douloureux sans signes stéthoscopiques; rien au cœur. Ventre souple, indolore; pas de diarrhée ni vomissements. Langue blanche, un peu de céphalalgie. Anorexie.

Pouls 180 à la minute; température axillaire 40° soir.

Le 20, pouls 112, température 39° 6, respirations 24 à la minute.

Quelques rares crachats muqueux. Léger épistaxis par la narine gauche. Persistance de la douleur thoracique sans signe stéthoscopiques. Langue demi-sèche.

Pas de selle depuis trois jours. Abattement céphalalgie médiocre. — Potion avec 30 grammes de sirop de diacode.

Le 21, pulsations 92, température 37° 6. Depuis hier apparition des vésicules d'herpès à la lèvre supérieure. Peau sudorale, ventre indolore. — Eau de Sedlitz.

Le 22, pulsations, 72, température, 37° 6. Langue plus humide, diminution de la douleur thoracique. L'éruption herpétique est plus confluent.

Le 23, une selle abondante. L'herpès disparaît. L'appétit revient. — Vin de quinquina.

Le malade sort le 26 mars, complètement guéri.

OBSERVATION VIII. (Rapportée par MM. Hillairet et Gaucher, 1885.)

Un jeune garçon de 17 ans, exerçant la profession de maçon, entre le 22 mars 1883 à la clinique médicale de l'hôpital Necker (Service de M. le professeur Potain). Depuis trois jours il éprouve un malaise général, de la courbature, un léger mouvement fébrile et quelques frissons passagers. En même temps, il a vu apparaître sur la figure une éruption disséminée pour laquelle il entre à l'hôpital. D'après lui, le malaise général et l'éruption auraient été presque simultanés. A son entrée, il pré-

sente une température axillaire de 38°8; la langue est à peine saburale, la bouche n'est pas amère; il n'y a eu ni nausées ni vomissements, ni diarrhées, ni constipation; l'examen de la poitrine ne révèle aucun signe anormal : on ne peut donc pas considérer l'éruption, dont est atteint ce malade, comme un herpès symptomatique d'un embarras gastrique, d'une grippe ou d'une autre affection quelconque. L'éruption siège exclusivement à la face et n'occasionne aucune douleur; elle est constituée par sept groupes vésiculeux d'herpès phlicténoïdes, de dimensions variables disséminés sur le front des deux côtés, sur l'oreille gauche. Les bords des lèvres et les orifices de narines sont absolument indemnes; il n'y a pas d'éruption ni même de rougeur de la gorge ou de la muqueuse buccale. Les jours suivants, on voit naître quatre ou cinq nouveaux groupes d'herpès sur la face, sur les parties latérales du cou, à l'angle de la mâchoire et à la nuque; en même temps, on constate une conjonctivité angulaire de l'œil gauche, due vraisemblablement à une éruption de même nature sur la muqueuse oculaire. Le cinquième et le sixième jour de l'éruption les vésicules s'affaissent, par résorption de leur contenu, et se dessèchent en donnant lieu à de petites croûtes jaunâtres, dont la chute est suivie d'une desquamation simple, sans exulcération.

CONCLUSIONS

1° La fièvre herpétique à localisation cutanée est une affection éruptive spéciale bénigne ; elle ressemble, en effet, singulièrement aux fièvres éruptives classiques par son début, ses prodromes, sa durée et l'évolution de l'éruption ; tout en s'en éloignant par la fréquence de récidives à courte échéance et sa non transmissibilité.

2° Cette maladie a été très peu étudiée, pour que nous puissions être éclairés sur sa pathogénie, toutefois nous croyons à son origine microbienne et infectieuse.

3° Le diagnostic au début présente quelques difficultés, mais dès l'apparition des vésicules d'herpès il devient facile.

4° La fièvre herpétique est assez fréquente et elle le serait davantage si on la cherchait plus attentivement.

5° Le pronostic est bénin et la maladie est de peu de

durée, le plus souvent de 8 à 15 jours ; toutefois, la convalescence pourra être assez longue.

6° Le traitement général est celui de toutes les maladies éruptives en général ; et le traitement local consiste en application de poudres inertes et de pom-mades.

Vu :

Le Doyen *Le Président de la Thèse,*
BROUARDEL. FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- SAUVAGE. — *Nosologia methodica*, t. 1, p. 132, 1768.
- LORRY. — *Tractatus de morbis cutaneis*. Parisiis, 1777.
- PLENCK. — *Doctrina de morbis cutaneis*. Viennæ, 1783.
- EVANS. — *Pathological and practical remarks, ou ulceration of the genital organs*, 1819.
- WILLAN. — *Delineations of cutaneous Diseases*. London, 1877.
- BATEMAN. — *Abrégé pratique des maladies de la peau*, traduit. Bertrand, 1820.
- ALIBERT. — *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*, 2^e édit., t. 1, 1822.
- ROYER. — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1835, 2^e édit.
- DELIoux DE SAVIGNAC. — *Gazette médicale*, 1855, p. 517.
- DEVERGIE. — *Traité pratique des maladies de la peau*, 2^e édit., 1857.
- BAZIN. — *Leçons théoriques et pratiques sur les affections génériques de la peau*, 1862.

GUIBOUT. — *Leçons cliniques sur les maladies de la peau* 1876, p. 347.

PARROT. — *Note sur la fièvre herpétique.* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n^{os} du 14 et 28 juillet 1871/).

COUTAGNE. — *De l'herpès généralisée fébrile.* Th. de Lyon, 1871.

NEUMANN. — *Traité des maladies de la peau*, trad., Darin, 1880, p. 176.

KAPOSI. — *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. E. Besnier et Doyon, 1881, t. I.

HEBRA. — *Traité des maladies de la peau*, trad. A. Doyon, p. 363.

HILLAIRET et GAUCHER. — *Maladie de la peau*, 1881.

E. GAUCHER. — *Leçons sur les maladies de la peau*, 1895.

HOUSSEON. — *Traité de la vaccine.*

E. CHATELAIN (de Paris). — *Précis iconographique des maladies de la peau.*

TABLÉ DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	3
HISTORIQUE	6
Revue générale des herpès fébriles symptomatiques.....	9
Définition	12
Symptomatologie.....	13
Première période (d'invasion)	14
Deuxième période (d'éruption).....	16
Troisième période (desquamation).....	24
Etiologie.....	26
Diagnostic, pronostic et traitement.. . . .	28
Observations.....	31
CONCLUSIONS.....	43
Bibliographie.....	45

ALENÇON. — IMP. VEUVE FÉLIX GUY ET C^{ie}

